

# KIMINKINEN



# VASTAA

100 kysymystä lääkärille



Tammi

Tapani Kiminkinen

**KIMINKINEN**

**VASTAA**

**100 kysymystä lääkärille**

Kustannusosakeyhtiö Tammi – Helsinki

Teos pohjautuu s. 11–171 osalta *Apu*-lehdessä julkaistuihin  
Tapani Kiminkisen teksteihin.

© Tapani Kiminkinen ja Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2015

Taitto ja ulkoasu: Taina Leino / Vitale Ay  
Kuvat: iStock

ISBN 978-951-31-8572-5  
ISBN 978-951-31-8663-0 (nidottu)

Painettu EU:ssa

# Sisältö

Tiedonnälkä – paras nälkä .....	7
<b>SYDÄNTÄ JA VERENKIERTOJA .....</b>	<b>11</b>
<b>TUKEVAA RANKAA .....</b>	<b>39</b>
<b>RUOKAILUPUTKI .....</b>	<b>55</b>
<b>TULEHDUSTA.....</b>	<b>79</b>
<b>NAVAN ALTA.....</b>	<b>95</b>
<b>OIREHDINTAA – PALELUA, KUTINAA, VAPINAA .....</b>	<b>111</b>
<b>SEKALAISTA SEURAKUNTAA .....</b>	<b>139</b>
<b>KIMINKISELLÄ ON ASIAA</b>	
<b>Seuraava, sanoi lääkäri.....</b>	<b>173</b>
<b>Miksi tieto lisää tuskaa?.....</b>	<b>176</b>
<b>Yhden pysähdyksen taktiikalla .....</b>	<b>184</b>
<b>Ihmisen osa .....</b>	<b>190</b>



## Tiedonnälkä – paras nälkä

Mikä on totta? ”Kysyvä ei tieltä eksy”, kuuluu elämänohje, joka ei pidä aukottomasti paikkaansa. Lehdistön aamuhämärissä ajateltiin kritiikittömästi, että sitä on uskominen, mitä aviisiin on painettu – ja sitä kuusta kuuleminen, jonka juurella asuu. Se on edelleenkin totta harvainvallassa, jota pitää pönkittää. Erilaisuuden arvon rikkauden tunnustaminen ja vapaa mielipiteiden ilmaisu luonnehtivat demokratiaa.

Tieteeseen kuuluu pyrkimys totuuteen: ”Totuuden henki, johda sinä meitä.” Tieteellinen tutkimustulos ei ole mielipidekysymys – se on tutkimustulos. Eksaktissa tieteessä, kuten matematiikassa, fysiikassa ja kemiassa, oikean erottaminen väärästä on helppoa. Maapallon voidaan aukottomasti osoittaa olevan pyöreä.

Lääketieteessä ja etenkin ihmisten käyttäytymistä tutkittaessa mukaan saadaan mittava määrä sekoittavia muuttujia. Ajatellaan vaikkapa ravitsemusta. Laboratorio-oloissa on mahdollista valvoa tarkkaan, mitä ihminen poskeensa pistää, mutta auta armias, kun hän singahtaa elämään arkeaan. Ei siitä tieteellisen tutkimuksen vaatimalla tarkkuudella ota helposti selvää kukaan. Suupaloja tarkasti valvoen on osoitettu, että kova tyydyttynyt rasva lisää valtimokovettumataudin vaaraa. Tätä tukee toki lisäksi vajaa kymmenen interventiotutkimusta, joissa tutkittavien ravitsemusta on pyritty kotioloissa muuttamaan pehmeiden öljyjen suuntaan.

Maailma vilisee erilaisia väittämiä ja tieteen standardein mainostettuja tutkimuksia. Mistä yksittäinen ihminen kykenee päättelemään, mikä on totta tänään ja mikä humpuukia? Ei mistään! Paras mahdollisuus on luottaa alan tunnustettuihin asiantuntijoihin ja kansainvälisen tiedeyhteisön laatimiin suosituksiin. Saattaa hyvinkin olla, että lääkärikunnalla on lääketeollisuuden perinteisiä kontakteja, mutta myös moni uskomusguru kiihdyttää melkoista pilleri- ja ravinneliiketoimintaa.

Tutkimusta on moneen lähtöön – myös markkinointitarkoitukseen taivutettua. Mitä erikoisimpien asioiden välille on viritelty yhteyksiä. Lähes jokaisen ravintoaineen on väitetty aiheuttavan syöpää. Jos jossain tutkimuksessa saadaan yhteys vaikkapa tummien kulmakarvojen ja peräpukamien pullahtamisen välille, se ei tietenkään tarkoita sitä, että näillä sattumuksilla välttämättä olisi syy-seuraussuhde.

Tiedeyhteisöt mm. Yhdysvalloissa, Euroopassa, Pohjoismaissa ja yksittäisissä valtioissa seuraavat säännöllisesti kehitystä ja seulovat valtavasta materiaalista tieteen kriteerit täyttävät tutkimukset. Tällöin humpuukin ja markkinoiden mahdollisuudet päästä osingoille minimoituvat. Tällä periaatteella laaditaan mm. ravitsemussuositukset. Kyseessä on paras mahdollinen tapa arvioida tiedon oikeellisuutta.

Aina pitää ymmärtää, että tiede on totta vain tänään. Tutkijan ja lääkärin on oltava avoimia kaikelle uudelle. Kyseenalaistaminen on viisautta, mutta ei kaikessa: maapallo on jo osoitettu pyöreäksi, ja se pyöräkin on keksitty. On olemassa vain yksi tiede. Ei ole olemassa vaihtoehtotiedettä – sellaista, jossa väittämiä ei ensisijaisesti todisteta oikeiksi tai vääriksi. Silloin kyseessä on uskomus, josta voi tulla osa tiedettä, jos se tutkimuksin todennetaan. Usko ja luottamus ovat keskeisiä paranemisessa. Puhutaan kohtaamisvaikutuksesta, eikä sitä tule aliarvioida (mieluummin placeboa kuin noseboa, kielteistä kierrettä hoitoprosessissa).

Tiede on hyvä siinä, että se korjaa ajan myötä itseään, jolloin lopulta totuus toisensa perään paljastuu. Esimerkiksi mahahaava oli vielä 1960-luvulla yleensä leikattava tauti, jota nyt hoidetaan antibiootein. Käsitys astmasta muuttui lähes yhdessä yössä aikaisempaan nähden päiväväiseksi ja nyt saneeraukselle allergian ehkäisyssä heitellään selkäkeikkanauruja. Avoin ja nöyrä on elämän edessä oltava. Ajatuksia ei saa kahlita. Uskomuksista ei pidä kuitenkaan langeta tekemään muoti-ilmiöinä esiintyviä uskontoja, vaan on tutkittava ja todistettava. Asiat ovat asioita.

Sellaiseen, mistä ei varmuudella tiedetä, ei voi suhtautua jyrkästi. Toisaalta, kun hoidetaan elämää uhkaavia sairauksia kuten syöpää, valtimokovettumatautia tai diabetesta, ei ole mahdollista edetä hämärässä uskomusten maailmassa. Silloin on käytettävä tämän hetken parasta tutkittua tietoa. Jos hoidettava haluaa sen lisäksi kokeilla tieteellistä hoitoa haittaamatonta uskomushoitoa, en näe sille estettä, kunhan ihminen itse tiedostaa tilanteensa.

Nykyiset kansantautimme liittyvät ihmisten käyttäytymiseen ja elintapoihin. Miten valtavasti terveys edistyisikään, jos luopuisimme kokonaan tupakasta, liikkuisimme riittävästi, nauttisimme pehmeitä rasvoja, kalaa, kuituja, kasviksia ja pähkinöitä, kohtuullistaisimme alkoholinkäyttömme ja rypisimme monipuolisesti luonnossa sen ehdoilla. Pekka Puska tietää valtavan, myös kansainvälisen, kokemuk-

sensa kautta, miten tähän päästään. Pelkkä valistus ei riitä. Sen lisäksi kansaa tulee kädestä pitäen neuvoa ja opastaa, täytyy huolehtia terveyttä edistävästä lainsäädännöstä, täytyy toimia tiiviissä yhteistyössä elinkeinoelämän kanssa ja tehdä terveellinen vaihtoehto helpoksi. ”Make it easy one”, on Pekan lempislogan. ”Sitova tutkimusnäyttö on välttämätöntä, kun tehdään terveyttä ja hyvinvointia edistäviä poliittisia päätöksiä”, hän sanoo.

Kansanterveys on parantunut mahtiloikin 1960- ja erityisesti 1970-luvulta lähtien. Elintapojen muuttamien on pohjautunut kestävään tutkimusnäyttöön. Selitteilylle ei löydy sijaa: tulokset puhuvat puolestaan kuten työssä aina. Kohtuullinen lämpäre pidentyneestä eliniän odotteesta ja terveydestä koituu myös lääketieteellisen hoidon kehittymisen lohkolle. Tutkitulle tiedolle on tarvetta.

Kaikkea tätä ja erityisesti omaa rajallisuuttani olen yrittänyt kuljettaa mukani vastatessani ihmisten tiedonnälkään. Terveys todella kiinnostaa, ja se on erinomainen lähtökohta. Otan suuren mutta tietoisin riskin. Kykenenkö neuvomaan oikeaan suuntaan? Vaikeutta lisää esitietojen rajallisuus ja potilaan tuntemattomuus. Väärinymmärryksen vaara puolin ja toisin on merkittävä.

Tietoisena tietojeni rajallisuudesta ja tieteen vain tämänhetkisestä totuudellisuudesta pidän esikuvanani tilannetta, jossa Tarmo Manni kolkutti jouluaattona Tamminiemen oveen ja astui vakaasti peremmälle. Ehdottoman auktoriteetin edessä presidentti Urho Kekkonenkin oli vain pikkupoika, kun hän arasti vastasi joulupukin tiukkaan kysymykseen: ”Onko herra presidentti ollut kiltti?” ”Kyllä, kyllä minä olen yrittänyt”, kuului ujo vastaus.

Saarijärvellä kysymysten ja vastausten aallokossa

Tapani Kiminkinen  
Maalaislääkäri





# Sydäntä ja verenkiertoa



---

*Nykyään on eri valmistajien verenpainemittareita kotikäyttöön, sekä olkavarsi- että rannemittareita. Joissakin testeissä oli mainittu, että rannemittarit antavat yleisesti todellisuutta alhaisempia verenpainelukemia olkavarsimittareihin verrattuna. Osaatko antaa jotain nyrkkisääntöä, mitä noihin rannemittareiden antamiin painelukemiin pitäisi lisätä? Varmaan rannemittaritkin ovat parempi kuin ei mitään, ja jossain on myös rytmihäiriötunnistin. Myös mansetin sopiva kireys kädessä vaikuttanee mittauksen lopputulokseen.*

*Mansetti ranteessa*

---

” Suoraan kysymykseen suora vastaus: en osaa. Toistaiseksi kaikki merkittävät verenpaineen seurantatutkimukset on tehty käsipelillä, joten mittareista ei ole samalla tavoin syvää kokemusta. Automaateissa on se huono puoli, etteivät ne ajattele ihmisen aivoilla. Jos potilaalla on vaikkapa eteisvärinä, jossa lyöntien väli ja voimakkuus vaihtelevat mielivaltaisesti, ei painelukemaankaan voi varauksetta luottaa.

Verenpainetta on mahdotonta hoitaa ilman mittaustuloksia. Kotimittaukset ovat tärkeitä, minkä vuoksi automatiikka sinällään on tervetullutta. Tekniikan ja tietämyksen tässä vaiheessa suositellaan toistaiseksi olkavarsivempaimia ja laadukkaita sellaisia: peltiheikki on peltiheikki Pariisissakin.

Mittaria valittaessa on suhteutettava olkavarren paksuus hankittavaan mansettiin. Mansetin kumiosan leveys tulee olla 12 cm, mikäli olkavarren ympärysmitta on 26–32 cm, ja 14–15 cm, mikäli ympäryys on 33–41 cm ja 18 cm, mikäli olkavarren ympäryys on yli 41 cm.

Paine mitataan oikeasta ja vasemmasta olkavarresta istualtaan. Uudella verenpainepotilaalla paine mitataan molemmista olkavarsista mahdollisen puolieron toteuttamiseksi. Seurantaan käytetään sitä kättä, josta mitattu paine on korkeampi, jos oikealta ja vasemmalta mitatut paineet eroavat toisistaan merkittävästi (yli 10 mmHg).

Mittausta edeltävän puolen tunnin aikana vältetään raskasta fyysistä ponnistelua, tupakointia ja kofeiinipitoisten juomien nauttimista. Rasitus se on psyykinenkin rasitus, joten mittaukseen ei pidä ryhtyä kesken saven kiehumaa saanutta poliittista väittelyä tai jännittävää jääkiekko-ottelua. Painemansetti asetetaan olkavarteen siten, että kumipussin keskiosa on olkavarsivaltimon päällä. Mittaus aloitetaan, kun tutkittava on istunut mittauspaijalla viisi minuuttia mansetti olkavarteen kiinnitettynä. Paine mitataan kahdesti 1–2 minuutin välein.

Kotona mitattu verenpaine kuvaa henkilön tavanomaista painetasoa ja kohdeelinvaurioiden vaaraa vastaanotto-olosuhteissa mitattua luotettavammin. Mittaukset tehdään istuen ennen mahdollisen lääkkeen ottamista. Verenpaine mitataan aamulla

ja illalla kahdesti viikon ajan. Kotiverenpainetaso määritellään laskemalla 1.–7. mittauspäivien aamu- ja iltamittausten keskiarvo. Toisiaan vastaavia arvoja ovat terveydenhuollon ammattilaisen tekemä mittaus 140/90 ja kotimittaus 135/85 mmHg olkavarsimansetta käyttämällä.

---

*Olen yli 70-vuotias keliakikko. Kolesteroliarvoni on yli 6,6, LDL 4,1 ja HDL 1,9. Triglyseridiarvo on 0,74. Lääkityksenä minulla on Thyroxin 0,5 mg ja verenpainelääke Linatil 10 mg. Sokeriarvot 5. Syön aika terveellisesti, joskin ruokavalio rajoittaa ruisleivän syöntiä. Onko syytä huoleen?*

Anja

---

” Lääkärin on syytä kartoittaa, ketkä potilaista kuuluvat korkean riskin ryhmään. Selvästi siihen kuuluvat ainakin diabeetikot – etenkin pitempään tietoisesti tai tietämättään sairautta poteneet ja jo mahdollisesti komplikaatioita kehittäneet (valkuaisen ilmaantuminen virtsaan on hälytysmerkki), valtimokovettumatautia potevat (sepelvaltimotauti, aivoverisuonisairaus ja jalkojen valtimoahtaumat) sekä munuaissairautta potevat. Tietenkin on lukuisia joukko muitakin tilanteita, joissa merkittäviä kansansairauksia kasaantuu samalle yksilölle tai yksi vaaratekijä on erityisen suuri (kolesteroli yli 8 mmol/l tai erittäin korkea verenpaine) – erityisesti pitää muistaa vaikeahoitoinen verenpainetauti sekä riskitekijänä aina ja iankaikkisesti tupakointi. Mitä enemmän vaaratekijöitä kasaantuu, sitä suuremmaksi potilaan riski pomppaa.

Nykyään riskin arviointiin on käytettävissä erityisiä riskilaskureita. Suosin THL:n Finriski-laskuria (siinä käytetään pohjana suomalaista potilasmateriaalia), joka löytyy netistä hakusanoilla *Finriski laskuri*. Siihen voi syöttää omat tiedot (sukupuoli, ikä, tupakointi, kolesteroli, hyvälaatuinen kolesteroli, ylempi verenpaine, sairastaako diabetesta ja onko jompikumpi vanhemmista sairastanut sydäninfarktin). Laskuri antaa arvion siitä, kuinka suuri riski on sairastua seuraavan 10 vuoden kuluessa sydäninfarktiin tai aivohalvaukseen. Yli 10 %:n riski on merkittävä ja puoltaa myös lääkeyksityksen käyttämistä rasva-arvojen parantamiseksi, ellei se onnistu elämäntapamuutoksilla. Score-laskuri puolestaan löytyy googlettamalla terveyskirjastosta. Se määrittää 45–64-vuotiaiden valtimotautikuoleman vaaran seuraavien kymmenen vuoden aikana. Jos vaara on yli 5 %, sitä pidetään korkeana riskinä.

Aivan kaikkia tarvitsemiani tietoja riskisi arviointiin et antanut, mutta arvaan loput. Näillä ja yllä esittämilläni perusteilla en saa sinua mitenkään korkean riskin ryhmään. Toki on muistettava, että iän kasvaessa aina lisääntyä samalla riski moniin

sairauksiin, vaikka vaaratekijäprofiili ei kummoinen olisikaan. Kun koneisto vanhenee, se vanhenee. Koska sinulla on verenpaine- ja kilpirauhaslääkitys, huolehdi siitä, että verenpaine- ja kilpirauhaslääkityksen käyttäjistä 70 %:lla eivät ole!) ja että kilpirauhashormonia ei ole riittävästi, se hidastaa aineenvaihduntaa ja kolesteroliarvo kohoaa. Kun huolehdit asianmukaisesta keliakiaruokavaliosta, turvaantuu riittävä ravinteiden ja hivenaineiden imeytyminen (mm. kalsium ja D-vitamiini – jokainen suomalainen tarvitsee 20 mikrogrammaa D-vitamiinia purkista vuoden jokaisena päivänä, jos ikä on 75 vuotta tai yli – jos juo muutaman lasillisen rasvatonta maitoa päivässä, käyttää kasvirasvavälitteitä ja syö kalaa 2–3 kertaa viikossa, voi pärjätä ilman tabletteja).

Erityisesti muistutan siitä, että elämäntapamme ovat aivan ratkaisevia suurten kansansairauksiemme kehittymisessä. Korkean riskin potilailla tarvitsemme sen lisäksi useimmiten myös asiallista lääkitystä. Jotkut vääristä profetoista ovat käyneet sissisotaan lääketeollisuutta vastaan. Medikalisaatio on tietenkin pahasta eikä sellaisia asioita, jotka pitää hoitaa terveellisillä elintavoilla, voi lääkkeillä korvata. Kuka haluaisi enää palata 1930-luvulle, jolloin tuberkuloosi ja muut infektioaudit riehuivat, lapsikuolleisuus oli suurta eikä lääkkeitä juurikaan ollut?

---

*Olen kohta 35-vuotias nainen, pienen pojan äiti. Huolenaiheenani on sydämen (?) satunnainen, hyvin kivulias pistos. Kipu iskee aina yllättäen, kolmen neljänkin kuukauden välein, liittymättä oikeastaan mihinkään. Kovassa rasituksessa kipu ei ole koskaan ilmaantunut (harrastan juoksemista), mutta kesken arkiaskareiden se saattaa iskeä.*

*Kohtauksen jälkeen haukottelen taukoamatta jokusen minuutin ajan vedet silmissä, mutta en ole väsynyt, vaan tuntuu kuin en saisi tarpeeksi happea. Kipu on kova ohimenevä vihlaisu, ja sen jälkeen rintaan jää aina hetkeksi ”painon” tunne.*

*Kysyin lääkäriltä joskus ohimennen asiasta, mutta kuulemma vastausta on mahdoton antaa, jos en juuri kivun iskiessä olisi sydänkäyrässä eli EKG:ssä – ja se hän on käytännössä mahdotonta.*

*Vaiva on kulkenut mukanani parikymppisestä lähtien. Elämäntapani ovat mielestäni kunnossa: nukun riittävästi, syön monipuolisesti, liikun, alkoholia en juurikaan käytä. Äidinisä sairasti sydänrappeumaa, ja äiti sisaruksineen kärsi muun muassa korkeasta verenpaineesta. Oma verenpaineeni on aina alarajoilla. Sairastan myös kilpirauhasen vajaatoimintaa, joka tosin on lääkityksellä hyvin hallinnassa.*

*Olen talvisin tehnyt polttopuita. Halkomakoneen tärinä saa aikaan tutun haukottelun ja painontunteen rintaan, mutta kipua ei ilmaannu.*

*Mistä voisi olla kysymys? Liittyvätkö oireeni edes sydämeen?*

*Klapityttö*

” Tunnet sananmukaisesti piston sydämessäsi. Oikeammin piston tuntuu rinnassa – rintakehän alueella, joten sen lähtökohdan mahdollisuudet ovat moninaiset kuin Martan huolet. Kivun jälkeen haukot henkeäsi.

Rintakehän alueelle paikallistuva kipu herättää ymmärrettävän helposti pelon: voisiko se olla sydämessä? Sinä aikana, jolloin sydäntä voitiin lähinnä vain kuunnella, ottaa sen sähköisestä toiminnasta sydänfilmi tai muodoista röntgenkuva, saattoi potilaille jäädä pienestäkin väärinkäsityksestä ikuinen ”sydänvika”. Erittäin innostava opettajani professori Antti Eisalo tapasi tapailla Harmony Sistersien ensimmäisenä levyttämän ”Pieni ihmissydän” säkeitä: ”Niin pieni ihmissydän on.” Jos lääkäri tuli kuvaa katsellessaan tokaisseeksi sydämen olevan pieni, saattoi potilas sairastua pieneen sydämeen (jollaista ei sairausmielessä siis olekaan). Samoin saattoi käydä harmittoman sivuäänien tapauksessa: minulla on nyt reikä sydämessä.

Näistä ajoista sydämen tutkimusmenetelmät ovat kehittyneet huikeasti: sivuäänien syy on helppoa tarkistaa ultraäänitutkimuksella samoin kuin läppien rakenne ja sydämen seinämien paksuus. Sepelvaltimot voidaan kuvata ja rytmiä monitoroida pitkiäkin aikoja.

Tyypillinen sydänlihaksen hapenpuutteesta eli käytännössä sepelvaltimotaudista aiheutuva kipu on laaja-alaisesti rintakehällä tuntuvaa ja leukaperiin ja käsiin toisinaan säteilevää puristavaa, painavaa, ahdistavaa tai kirvelevää. Sydänlihaksen hapenpuute ei aina ole kivulias – jopa sydäninfarkti voi ilmetä oireksellilla: oireeton-äkkikuolema.

Sepelvaltimotaudille ominaista on oireiden ilmaantuminen nimenomaan rasituksessa ja se, että nitrosuihke auttaa kipuun parissa minuutissa. Tietenkin itse sydäninfarkti voi ilmetä missä tilanteessa tahansa. Nyt kun potilaat ovat yleensä hyvässä hoidossa, sepelvaltimotaudin oireet ovat käyneet yhä kierommiksi. Keskeistä on haastatella tarkasti, millaisia tuntemuksia rasittaminen aiheuttaa. Huomiota on kiinnitettävä tyypillisen rintakivun lisäksi rasituksen aikaiseen hengenahdistukseen, rinnan polttoon, väsymykseen tai ylipäänsä rasituksen siedon heikkenemiseen. Mikäli rintatuntemus esiintyy levossa, mutta rankassa rasituksessa ei tunnu mitään, kyseessä on todennäköisesti muu kuin sydänvika.

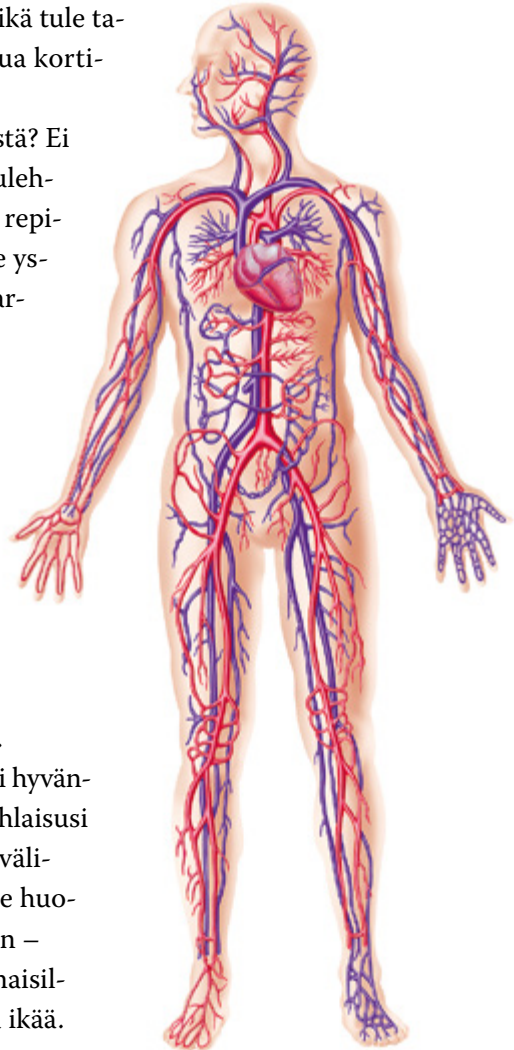
Sama ilmiö on todettavissa hyvänlaatuisten sydämen lisälyöntien tapauksessa. Silloin tapahtuu ennenaikainen sydämen supistuminen, jolloin väli seuraavaan

lyöntiin pitenee (tauon tuntu) ja seuraavan sydämen supistumisen eteenpäin työntämä suurempi verimäärä tuntuu jysäyksenä valtimoissa. Nämä lisälyönnit tuntuvat säännönmukaisesti jumbpsauksina levossa (nukkumaan mennessä, rasituksen jälkeen), mutta rasituksen aikana niitä ei juurikaan havaitse. Tällä havainnollistan ilmiön hyvänlaatuisuutta. Todellisten sydänvikojen oireet yleensä pahenevat rasituksessa.

Terävä pistävä kipu ei ole sepelvaltimotautiperäinen. Todennäköisin kivun syy on tässä tapauksessa rintakehän tukiranka. Vihlaisu voi tulla rintanikamista, kylkiluiden alapuolella kulkevien hermojen ärsytyksestä tai rustoisista kylkiluiden liitoksista rintakehään. Jälkimmäisessä tapauksessa rusto on usein kokeillen kipeä. Puhutaan Tietzen oireyhtymästä, jossa rustot ovat ”tulehtuneet”. Vaiva kestää kuitenkin pitempään eikä tule tapauksessasi kyseeseen. Usein hoidan kipua kortisonipistoksella kipeään rustoon.

Voiko pistävä kipu sitten tulla sydäimestä? Ei varsinaisesti – joskus tosin sydänpussin tulehduksen yhteydessä saattaa ilmetä terävää, repivää rintalastan alaista kipua, joka pahenee yskiessä ja syvään hengitettäessä, säteilee hartioihin ja helpottuu istuessa ja eteenpäin nojatessa. Kyseessä on kuitenkin selvä monioireinen sairaus eikä satunnainen vihlaisu. Sama koskee keuhkoveritulppaa, keuhkokuumetta ja peräti keuhkosyöpää. Huomiotta ei yleensä jää puukko rinnassa pohjalaaisissa häissä eikä yöruusu rakkuloiden lehahtaessa rintakehän toiselle puolikkaalle tai aortan repeäminen. Todella dramaattisia tauteja saattaa joskus piillä rintakipujen taustalla.

Kuten huomaat, moni asia puhuu oireesi hyvänlaatuisuuden puolesta. Sydänperäiseksi vihlaususi ei sovi. Todennäköisimmin se on kylkiluuvälihermon vinkaisu polttopuita tehdessä. Ole huolehti myös valtimokovettumataudin suhteen – elämäntapasi vaikuttavat tällaisina erinomaisilta, ja matala verenpaineesi ennakoi pitkää ikää.



---

*Minulla todettiin olevan niin sanottu ”paha kolesteroli” (Kol-LDL 3,3). Se on välillä ollut korkeampikin, vaikka kokonaiskolesteroli on pysynyt siinä viiden tienoilla. Olen välttänyt rasvoja, juonut rasvatonta maitoa monta vuotta, käyttänyt Beceliä leivän päällä ja syönyt 5 % juustoa ja vähärasvaisia leikkeleitä. Miksi huono kolesterolini ei laske? Onko se kauhean vaarallista?*

*Lääkäri olisi määrännyt siihen kolesterolilääkettä, mutta en ottanut. Monet ovat luopuneet haittavaikutusten takia siitä lääkkeestä.*

*Olen 80-vuotias naisleski, en ole ylipainoinen ja olen aina liikkunut.*

*Marjatta*

---

” Kolesterolia on karkeasti kahta tyyppiä: hyvän- ja pahanlaatuista. Hyvänlaatuisen HDL-kolesteroli on Pekka Puskaa lainaten roskakuski, joka kuljettaa elimistöstä pois pahanlaatuista LDL-kolesterolia. Kolesteroli on tärkeä solujen rakenneosa, jota ei välttämättä tarvitse saada ravinnosta, sillä maksa valmistaa sitä.

Maailmanlaajuinen tiedeyhteisö on tällä hetkellä sitä mieltä, että valtimoplakit eivät synny ilman LDL-molekyylejä. Jos hiiriltä poistetaan kemiallisin menetelmin LDL-kolesteroli verestä, niille ei saada mitenkään syntymään valtimokovettumatautia. Plakin pinnan muodostaa sidekudos, jossa on kollageenia. Ajatellaan, että plakkiin iskee jonkinlainen tulehdus, joka aiheuttaa tulehdussoluista entsyymien vapautumisen ja nämä rikkovat kollageenin tehden plakkiin repeämän. Luonto alkaa korjata vauriota, jolloin paikalle kutsutaan verihiutaleita – syntyy hyytymä ja mahdollisesti veritulppa tuohon kohtaan suonta.

En tahtoisi sekoittaa päätäsi tarpeellista enempiä näillä veren rasva-asioilla, mutta sisäinen pakko on. Tiedämme siis suunnilleen, että valtimokovettumatauti syntyy pienten tiheiden LDL-molekyylinen kulkeutuessa valtimoiden seinämiin. Niitä syntyy liiasta energiansaannista (niin tyydyttynyt rasva kuin proteiini ja hiilihydraatitkin). Meidän olisi siis järkevää saada selville nimenomaan näiden pienten LDL-molekyyliden määrä veressä. Kokonais-LDL ei välttämättä sitä kerro. Periaatteessa tämä on mahdollista mittaamalla paastoverinäytteestä kantajavalkuais- ta apolipoproteiini B:tä. Koska LDL-partikkelissa on vain yksi apoB-molekyylit/ LDL, kuvastaa apoB:n pitoisuus näiden lipoproteiinipartikkeleiden määrää. Suurentunut sepelvaltimotautiriski näyttää erityisesti liittyvän tilanteisiin, joissa apoB-pitoisuus on selvästi kohonnut, mutta LDL-kolesteroli on normaali tai vain lievästi suurentunut. Tällöin veressä esiintyy runsaasti atherogeenisiä pieniä ja tiheitä LDL-partikkeleita. Tämän lisäksi on näyttöä siitä, ettei kaikki hyvä kolesteroli ole välttämättä niin hyvää. Nämä seikat vaikuttanevat käytännön lääketieteeseen lähivuosina.

Tärkeintä on säällisistä elintavoista kiinnipitäminen, eikä näihin tieteen uusiin sivalluksiin tarvitse tavanomaisessa potilastyössä ottaa vielä kantaa. Suosituksia tuullaan antamaan silloin, kun niiden aika on.

Asetosalisylihappo (Disperin, Primaspan, Aspirin Cardio jne.) ehkäisee tehokkaasti hyytymien syntymistä, minkä takia sitä käytetään laajasti valtimokovettumatautia potevilla. Mikäli sille sattuu olemaan allerginen, käytetään muita verihäiriötauti-estäjiä. On huomattu, että hyytymät tulevat usein sellaisiin ahtaumakohtiin, jotka käsittävät vain osan valtimon tilavuudesta. Tällaiset eivät välttämättä aiheuta oireita, kuten rasitusrintakipua. Tämä selittää hyvin sen, ettei sepelvaltimotautia ole mahdollista leikata pois ja sen, ettei yksittäisen ahtaumakohtaan ja siihen tulleen hyytymän laajentaminen pallolla vaikuta mitenkään potilaan pitemmän aikavälin ennusteeseen, vaikka viekin pois senhetkisen oireen ja vaaratilanteen.

Tiedämme, että kun elintavat saadaan ojennukseen (tupakka pois, verenpaine kuriin, ravintoon kasviksia ja suomalaisia marjoja, pehmeää rasvaa, täysjyvää, kalaa, kanaa, rasvattomia maitotaloustuotteita sekä töppöstä toisen eteen), plakit kovettuvat ja jopa pienenevät, eivätkä yhtä helposti repeile. Korkean riskin potilaille kolesterolin nujertamiseksi tarvitaan lähes aina myös lääkettä, joista tehokkaimpia ja yleisimmin käytettyjä ovat statiinit.

Ihmisten kolesterolitasot vaihtelevat sekä perinnöllisistä että elämäntapasyistä. Toisilla kolesterolia imeytyy ruoansulatuskanavasta takaisin huomattavasti paremmin kuin toisilla. Joskus taas ruoassa nautittu kolesterolia ei jarrutakaan maksan omaa kolesterolisynteesiä yhtä hyvin kuin toisilla. Lisäksi on erilaisia geeniperäisiä vikoja kuten FH-tauti (LDL-partikkeleita verenkierrosta poistavan LDL-reseptorin geeni on virheellinen, jolloin kolesterolia kertyy elimistöön – esiintyvyys 1:500). Niinpä langanlahilla keski-ikäisellä himohölkääjällä ja terveystoimilijalla kolesterolia voi olla 8, kun hänen lihavalla sohvaperunapuolisollaan se on 3 mmol/l. Voitte arvata, kuka syyttää tässä tapauksessa ketä ja mitä. Nämä asiat on kansan tiedettävä: kolesterolilla on merkitystä!

En mielelläni käytä kolesterolissa raja-arvoja. Mitä alhaisempi, sitä parempi. Suurin osa valtimokovettumataudin komplikaatioista syntyy kolesterolitasossa noin 5–6 mmol/l. Suositus Suomessa on kokonaiskolesterolissa alle 5 ja LDL-kolesterolissa alle 3,5 mmol/l. Nämä tasot eivät luonnollisesti riitä silloin, kun ihmisellä on verenpainetauti. Tulipa tukos millä kolesterolitasolla tahansa, on se ollut kokonaistilanteen kannalta liian korkea. Pitää muistaa, että vaaratekijöitä on muitakin, kuten tupakka, verenpaine, vähäinen liikkuminen, metabolinen oireyhtymä ja perintötekijät.



Suppean kuvauksesi perusteella et mitenkään voi kuulua korkean riskin ryhmään. Näytät elävän monipuolisen terveellisesti ja kolesterolitasosi on kansallisen suosituksen alapuolella. Näiden tietojen perusteella statiini ei ole sinulle tarpeen. Ajatellaan, että ikäiselläsi korkea kolesterolitaso saattaa olla jopa suojaava tekijä. Toisaalta, mikäli ihminen saa iäkkäänä vaikkapa sydän- tai aivoinfarktin, kolesterolilääke on toki aiheellinen, sillä hän singahtaa silloin kerrasta korkean riskin ryhmään. Noin 10 % statiinin käyttäjistä voi saada lihassärkyjä. Käytän itse monien lääkäreiden tapaan statiinia, vaikka en korkean riskin joukkoon kuulukaan. Olen urani aikana nähnyt sen verran paljon pahoja tapauksia, että ajattelin tuolta osin olla ottamatta riskiä.

---

*Muutama vuosi sitten omaisellani todettiin sydämen vajaatoiminta, johon määrättiin lääkettä (Furesis 20 mg). Kysyin lääkäriltä: onko mahdollista, että hänellä on myös sepelvaltimotauti? Lääkärin vastaus oli, että todennäköisesti hänellä on se. Omaiseni ei ole ollut missään rasituskokeessa, paitsi silloin tällöin sydänfilmissä. Muistaakseni lääkäri antoi ymmärtää, ettei rasituskoe hänen tapauksessaan ole tarpeen. Eikö siis sepelvaltimotautia voida hänen tapauksessaan hoitaa? Sitten kysyisin vielä, että peittävätkö diabetes ja diabeteslääkkeet jollain tavalla sydänkohtauksen oireita – etteivät ne tule niin voimakkaina kuin yleensä? Sydänkohtaus ei omaisellani ole ollut.*

Tytär

---

**”** Kysymyksesi on erinomainen, sillä sydämen vajaatoimintaa pidetään yleensä sairautena. Näin ei todellakaan ole – kyseessä on vain oire. Ikäihmisellä sydämen vajaatoiminnan taustalla voi olla pelkästään ikä, mahdollinen lihavuus, krooninen rytmihäiriö (eteisvärinä), pitkällisen verenpainetaudin väsyttämä sydänlihas, sydämen läppien viat ja aivan erityisesti sepelvaltimotaudin aiheuttamat sydänlihaskuoliot tai hapenpuute. Sydämen vajaatoiminta pahenee yleensä muiden stressien yhteydessä (tulehdustaudit, leikkaukset, helleaallot).

Ensimmäisiä oireita on yleensä rasituksen sietokyvyn heikkeneminen (hengenhahdistus, uupuminen). Sitä seuraavat pitkällään tuleva hengenhahdistus ja jalkojen turpoaminen. Joskus akuutin sepelvaltimotautikohtauksen tai läpän pettämisen yhteydessä vajaatoiminta voi tulla äkisti (keuhkopöhö). Muuten oireisto tulee keskimäärin hitaasti pahentuen.

Sydämen vajaatoiminnan syitä on toki muitakin, kuten sydänlihaksen villi kasvaminen (kardiomyopatia), joka voi johtaa sydämen siirtoon, paha keuhkosairaus,

sydänlihakseen kertyvä amyloidi, oman tahdistuksen hiipuminen, sydämen loke-roihin ilmaantuva kasvain, paha anemia ikäihmisellä, kilpirauhasen liikatoiminta ja jotkin tulehdukset, lääkkeet tai myrkyt.

Ainakin nuoremmalla iällä vajaatoiminnan syy pyritään aina selvittämään mm. sydämen ultraäänitutkimuksella, jossa nähdään seinämän paksuus, läppien toiminta sekä mahdolliset harvinaiset kasvaimet sydänlokerossa.

Vanhemmalla iällä vajaatoiminnan syy on usein muista sairauksista johtuva. Mikäli potilaalla ei ole ollut sydäninfarktia, sydänfilmi on niin sanotusti normaali eikä hänellä esiinny rasisurintakipuja, kovin iäkkään ei ole syytä lähteä sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen. Pitää kuitenkin aina ja iankaikkisesti muistaa, että sepelvaltimotaudin oire voi olla pelkästään rasisuksessa tuntuva poikkeava väsymys tai suorituskyvyn heikkeneminen. Rasisututkimus on aina vain viitteellinen. Mikäli potilaalla esiintyy tyypillisiä puristavia rasisukseen liittyviä rintakipuja ja vaikka rasisututkimus menee hyvin, hänellä on kuitenkin 80 %:n todennäköisyydellä sepelvaltimotauti, joka saadaan selville varjoainekuvauksella.

Pääsääntöisesti tulisi ennen varjoainekuvausta todentaa jollakin mekanismilla sydänlihaksen hapenpuutteen ilmaantuminen rasisuksessa (rasisututkimukset, myös isotooppirasitus). Mikäli nuoremmalla ihmisellä esiintyy invalidisoivia rasisuoreita, on yksinkertaisinta tehdä varjoainekuvaukseen. Vanhemmalla iällä on otettava huomioon tässäkin tapauksessa potilaan kokonaistilanne. Jos hän pärjää hienosti vajaatoimintalääkityksellä, mahdollinen sepelvaltimotauti ei edellytä aina toimenpiteitä. Korostan kuitenkin sitä, että vaikka hyvän hoidon myötä sepelvaltimotauti on muuttunut oireistoltaan yhä kierommaksi, rasisuksessa ilmaantuvat laaja-alaiset yleensä puristavat tai kirvelevät ja huilaamalla tai nitrolla lievittyvät rintakivut ovat yhä sepelvaltimotaudin klassinen merkki.

Aiemmin oltiin sitä mieltä, että pitkään kestänyt sokeritauti aiheuttamiensa hermovaurioiden vuoksi tekisi sen, ettei potilas aisti hapenpuutetta yhtä herkästi kuin potilas, jolla ei ole sokeritautia. Näin saattaa olla varsinkin oikein pitkälle edenneissä ja komplisoituneissa tapauksissa. Valtaosa nykydiabeteksestä on hyvin hoidettua, joten tällä asialla en katso olevan enää suurempaa merkitystä muuten kuin poikkeustapauksissa.



**Nuoremmalla iällä vajaatoiminnan syy pyritään aina selvittämään mm. sydämen ultraäänitutkimuksella.**

---

*Ystävälläni on todettu sydämen vajaatoiminta. Suunnilleen samanaikaisesti hänellä on todettu veren alhainen natriumarvo. Hänen käsketään aina vain lisätä suolan käyttöä. Netin terveyskirjastossa kuitenkin sanotaan, että sydämen vajaatoiminnasta johtuvaa natriumvajetta ei hoideta suolalla.*

*Pelkään, että runsas suolan käyttö on syytä kohonneeseen verenpaineeseen. Tähän asti se on aina ollut hyvä. Miten tämän natriumarvon saisi muulla tavalla kuntoon?*

*Apua!*

---

” Kiitos hyvin keskeisestä kysymyksestä! Sydämen vajaatoiminta ei ole diagnoosi, vaan se on oire. Kun sydän ei jaksa pumpata riittävästi verta kudosten tarpeisiin, siitä seuraa oireita, kuten rasitusväsymystä ja hengenahdistusta niin rasituksessa kuin pitkällä ollessa ja pahimmillaan keuhkopöhhössä äärimmäistä hengen loppumisen tunnetta. Nestettä kertyy jalkoihin ja maksakapseliini aiheuttaen ylävatsakipuja.

Sydämen vajaatoiminnan aiheuttavat yleisimmin sepelvaltimo- ja verenpaine- tauti. Taustalla voi olla mm. myös läppävika, kardiomyopatia (sydänlihassairaus), kardiitti (sydänlihastulehdus), oikovirtaus valtimo- ja laskimopuuston välillä, sairaalallinen lihavuus, jotkin myrkyt, sarkoidoosi tai amyloidin kertyminen sydänlihakseen, sydänontelon kasvain, keuhkoverenkierron nouseva paine (krooninen keuhkosairaus) ja etenkin jo ennestään väsyneessä sydämessä anemia, kilpirauhasen liikatoiminta, paha infektiotauti, rytmihäiriö, trauma tai leikkaus.

Kun sydän ei jaksa pumpata riittävästi verta elimistön tarpeisiin, alkaa elimistöön kertyä suoranaista kohonnutta laskimopaineen ja monimutkaisten hormonaalisten prosessien aktivoituessa nestettä, mikä ilmenee turvotuksina maan veto-voiman vaikutuksesta symmetrisesti alaraajoissa. Vajaatoiminnan hoidossa käytetään yleisesti natriumin poistajia (nesteenpoistaja, diureetti). Useimmiten nämä ovat tehokkaita. Ei siis pidä ihmetellä sitä, miksi veren natriumpitoisuus voi näillä potilailla joskus laskea. Pitää ymmärtää myös perusasia: kun nestemäärä lisääntyy suonissa ja kudoksissa, laimenee veri, vaikka siinä on natriumia riittävästi. Tärkeämpää on seurata kaliumarvoja, jotka voivat myös tipahtaa. Toiset potilaat ovat muita herkempiä joidenkin diureettien sekä natriumia että kaliumia laskevalle vaikutukselle. Jotkin diureetit voivat nostaa kaliumarvoja. Siis nestetasapainoarvojen seuraaminen on sydämen vajaatoimintaa potevalla peruskauraa.

Mikäli veren natriumpitoisuus laskisi oikeasti kovin alas, alkaa nestettä siirtyä osmoottisen imun vaikutuksesta verisuonien sisältä ympäröiviin kudoksiin, kuten aivoihin, jolloin potilas käy sekavaksi. Natriumin viitearvo veressä on 137–145 mmol/l.

Mikäli potilas on oireeton, natriumin voi antaa laskea tuonne 128 mmol/l:n tasolle – joskus tästäkin olen hivenen tinkinyt. Alle 120 mmol/l sitä ei pidä päästää, ja alle 110 mmol/l :n tasossa alkaa seurata jo aivo-oireita.

Olet täsmälleen oikeassa: veri on laimentunut, ja jos natriumia lasketaan munuaisista läpi vielä lääkkeillä tahallisesti – ja nestettä siinä sivussa – ei ole mitään järkeä lyödä natriumia sisään toisesta päästä. Pysin sydämen vajaatoiminnan lääkeshoidossa pärjäämään niin pitkälle kuin mahdollista ilman nesteenoistajia. Tilanteen pahetessa niihin on kyllä useimmiten pakko siirtyä, mutta silloinkin on käytettävissä erilaisia lääkekombinaatioita, joilla voidaan ehkäistä sekä natriumin että kaliumin liiallista alenemista.

Suomalaisten natriumin tarve on sängen vähäistä verrattuna tämänpäiväiseen saantiin. Väestön natriumin saanti on suoraan verrannollinen kansakunnan keskimääräiseen verenpaineeseen. Niillä kansoilla, joiden natriumin saanti on vähäistä, yläverenpaine arvot huutelevat alle 100 mmHg:ssä. Suomessa tällaisia kuskataan päivystysvastaanotoille – joten kansanravitsemuksen parantamisessa tehtävää on vielä paljon. Olemme nyt siinä tilanteessa, että tarvittaisiin uutta kampanjaa verenpaine-taudin nujertamiseksi.

Yksi sudenkuoppa ovat potilaat, jotka käyttävät karbamatsepiinia yleisimmin epilepsialääkkeenä. Siinä tilanteessa natrium tahtoo yleisesti olla 120 ja 130 mmol/l:n välimaastossa. Kyseessä on karbamatsepiinin vaikutus antidiureettiseen hormoniin, ja tässäkin on kyseessä laimeneminen ja tavallaan tekninen asia. Tilannetta ei pidä hoitaa suolaa syöttämällä! Pahassa sydämen vajaatoiminnassa mahdollinen matala natrium korjaantuu, jos potilaan nestelasti saadaan puretuksi.

---

*Olen 78-vuotias mies. Minulta löydettiin eteisvärinä 12 vuotta sitten muun tutkimuksen yhteydessä. Ties kuinka kauan tuo vika lienee ollutkaan, koska jo armeijas-sa kävin Tilkassa epäsäännöllisen sykkeen vuoksi, joskaan mitään varsinaista vikaa ei löydetty.*

*Silloin 12 vuotta sitten sain heti passituksen rytmisirtoon, mutta eihän se siitä kääntynyt, ja niinpä olen sitten Marevanin syöjä lopun ikääni.*

*Olen ikäisekseni hyväkuntoinen, harrastan runsaasti liikuntaa, ja verenpaineeni on keskimäärin noin 110/80. Lääkityksenä on Marevan ja kolesterolilääke 20 mg päivässä varmuuden vuoksi, vaikka kolesteroliarvoni oli alle 5:n.*

*Onko avantouinti vaarallista, ja missä määrin rasitusta tulisi välttää? Olen saanut yleisohjeen, että ”elä tuntemustesi mukaan”.*

*Flimmeri*

## Oli terveystulma suuri tai pieni, maalaislääkäri Kiminkinen auttaa!

Aidot potilaskysymykset – vertaistukea parhaimmillaan!  
Tohtori Kiminkinen vastaa potilaiden kysymyksiin selkeäsanaisesti, sympaattisesti ja myös hauskasti.

Oli kyse sitten vitamiineista, tinnituksesta, diabeteksesta, suolistovaivoista tai muistisairauksista, Kiminkinen kertoo itsehoito-ohjeet ja ohjaa tarvittaessa lääkärin pakeille. Kirjassa on 100 kysymystä, joihin tohtori Kiminkinen vastaa asiapitoisesti ja ihmisläheisesti.

Kirjan lopussa Kiminkinen kertoo maalaislääkärin arjestaan: vastaanotolla käy tutuksi koko elämän arvaamaton kirjo.

Yli 30 vuotta potilastyötä tehneen Tapani Kiminkisen käytännönläheinen ja ajantasainen terveystulma kuuluu jokaiseen suomalaiseen kotiin.

Kannen kuvat: Satu Nyström

Kansi: Taina Leino

<b>#kirja</b> WWW.KIRJA.FI	 9 789513 185725	
	59   ISBN 978-951-31-8572-5	